13

Zwei Fälle von stielgedrehtem Ovarialfibrom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

an der

Hohen Medizinischen Fakultät

der Königlichen Universität Greifswald

von

Heinrich Stuth

approb Arzt aus Zarrentin bei Loitz.

Greifswald

Buchdruckerei Hans Adler (Inh.: E. Panzig)

Eingereicht am 23. Dezember 1909.

Gedruckt mit Genehmigung
der Hohen Medizinischen Fakultät der Königlichen
Universität Greifswald.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hugo Schulz.
Referent: Professor Dr. M. Henkel.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30613991

Die Fibrome der Ovarien (1) stellen bis mannskopfgroße, solide, derbe Geschwülste dar mit glatter, oft etwas höckeriger Oberfläche. Jacoby (2) beschreibt ein 30 Kilo schweres Fibrom.

Sie kommen sowohl bei Kindern, wenn auch bei diesen seltener als bei Erwachsenen vor und finden sich oft gleichzeitig an beiden Ovarien. Löhlein (3) hat unter 172 Ovarialtumoren siebenmal (d. h. 4, 07 %) Fibrome gesehen, darunter zwei doppelseitige.

Mit den meisten soliden Ovarialgeschwülsten teilen die Fibrome die Eigentümlichkeit, Ascites zu erzeugen. Die Ursache desselben ist schwierig zu erklären, zumal da er sich durchaus nicht in allen Fällen findet. Pfannenstiel (4) erklärt den Ascites aus einer Reizung des Bauchfells durch chemische von dem Tumor gebildete Substanzen; vielleicht ist auch die Ansicht Schantas (5) richtig, welcher die Bauchwassersucht auf Druckwirkung und Stauung in den Gefäßen der Parametrien zurückführt. Ihrem grobanatomischen Verhalten nach muß man circumscripte und diffuse Ovarialfibrome unterscheiden.

Nach Henkel (6) entsteht der Ascites durch die dauernde Reizwirkung der beweglichen großen Geschwulst im Abdomen, welche eine Verdickung des

Peritoneums hervorruft und dadurch eine mangelhafte Resorption der abgesonderten Abdominalflüssigkeit bedingt.

Die circumscripten Fibrome bilden partielle Hyperplasien des Ovarialstromas entweder in Form kleiner Knoten, die in der Eierstocksubstanz eingebettet liegen und nur wenig an der Oberfläche prominieren. Dieselben zeigen keine scharfe Abgrenzung gegen das normale Bindegewebe und sind gegen dasselbe nicht wie die Fibrome des Uterus durch eine besondere Kapsel abgeschieden. Nach Virchow entwickeln sich diese Fibrome mit Vorliebe an dem lateralen Teil des Ovariums, doch kömmen sie nach Pfannenstiel auch am Hilus vor. In der Regel, namentlich wenn es sich um kleinere Geschwülste handelt, ist es schwierig, zu entscheiden, ob ein chronisch entzündlicher Prozeß vorliegt oder eine wirkliche Neubildung. In anderen Fällen bilden die Fibrome pilzartig auf der Ovarialoberfläche aufsitzende Geschwülste, die nie eine besondere Größe und wohl auch kaum eine klinische Bedeutung erlangen.

Ganz ähnlich sind die häufig im Innern von cystischen Geschwülsten anzutreffenden Wandungsfibrome, welche von Hanfkorn- bis Haselnußgröße oft in Gruppen neben einander liegend den Cysten aufsitzen. Sie haben meist eine tuberöse Form, können aber auch ein papilläres Aussehen annehmen, wenn sich auf einem solchen Fibrom noch wieder kleinere sekundäre entwickeln. Von den wirklichen papillären

Excrescenzen unterscheiden sich aber diese fibrösen Bildungen einmal durch ihre Härte, besonders aber dadurch, daß das Cystenepithel in glatter Schicht über dieselben hinwegzieht und selbst keine Neigung zur Sprossenbildung und dendritischen Vegetation erkennen läßt. In manchen Fällen können allerdings selbst diese fibrösen Protuberanzen eine weiche Consistenz und ein glasiges, durchsichtiges Verhalten aufweisen, wenn nämlich infolge von Circulationsbehinderung eine ödematöse Durchtränkung ihres Gewebes stattgefunden hat.

Endlich ist noch einer nur von Klob (7) und Rokitansky (8) beschriebenen Fibromart zu erwähnen, welche ihren Ursprung im Corpus luteum finden soll. Diese unterscheidet sich nach Klob von den anderen Fibromen dadurch, daß sie von einer mehr oder weniger deutlichen Hülle eingeschlossen wird und einen Tumor darstellt, an welchem sich eine äußere, gelbliche oder mehr rötliche Rinde und eine fibröse Zentralmasse erkennen läßt.

Alle diese circumscripten Fibrome sind mehr oder weniger nebensächliche Befunde, welche bei weitem nicht die klinische Bedeutung der weit wichtigeren diffusen Fibrome erreichen.

Die diffusen Fibrome stellen eine gleichmäßige bindegewebige Hyperplasie des Ovariums dar in Form von größeren, auch klinisch in die Erscheinung tretenden Geschwülste.

Die gleichmäßig alle Teile des Ovariums in gleicher Intensität treffende Erkrankung macht sich besonders in der Form des Tumors bemerkbar, der selbst, wenn er eine bedeutende Größe erreicht hat, doch immer wenigstens annähernd die ursprüngliche Gestalt des Eierstocks erkennen läßt. Die Gegend des Hilus ist oft nabelartig eingezogen, so daß der Tumor eine nierenförmige Gestalt erhält. Im übrigen ist die Oberfläche glatt, bisweilen etwas höckerig, seltener von tieferen Furchen durchzogen und gelappt.

Auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulst ein ziemlich homogenes Aussehen, dessen Einförmigkeit nur unterbrochen wird von den mehr oder weniger in die Erscheinung tretenden, sich vielfach durchkreuzenden Faserzügen. Die Farbe der Schnittfläche ist, soweit dieselbe nicht von Blutungen und circumscripten Hyperämien modifiziert wird, eine gleichmäßige, grauweiße.

Bisweilen findet man inmitten des festen fibrösen Gewebes Stellen von weicherer Beschaffenheit, welche einer ödematösen Durchtränkung oder myxomatösen Entartung des Bindegewebes ihren Ursprung verdanken.

Auch Cysten können sich in Fibromen vorfinden, die entweder auf dilatierte Drüsenräume oder auf Erweichungen oder endlich auf Lymphangiektasien, ähnlich wie dieselben auch in Fibromyomen des Uterus vorkommen, zu bezeichnen sind. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sich die Fibrome als aus einem derben, mehr oder weniger zell-

armen Gewebe zusammengesetzt, dessen Faserzüge sich in allen Richtungen durchkreuzen. Vielfach ist die Frage aufgeworfen, ob sich in diesen Fibromen des Ovariums auch glatte Muskelfasern vorfinden, und ob man berechtigt sei, von Fibromyomen des Eierstocks zu sprechen. Die Unterscheidung von glatten Muskelfasern und spindelförmigen Bindegewebszellen im mikroskopischen Präparat ist keine leichte Sache und hat schon zu mancherlei Meinungsverschiedenheiten geführt. Man wird deswegen gut tun, alle Angaben über den Befund von glatten Muskelfasern in Fibromen mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen, doch liegen positive Beobachtungen dieser Art von Autoren vor, deren Zuständigkeit in der Beurteilung mikroskopischer Bilder keinem Zweifel unterliegen kann. So konnte namentlich Pfannenstiel (9) Muskelzellen in Ovarialfibromen, wenn auch in spärlicher Anzahl, feststellen. Feit (10) fand in einem als Fibromyoma ovarii beschriebenen Tumor allenthalben zahlreiche Züge glatter Muskelfasern, die sich unter einander verflechten. Seeger (11) sah dieselben nur in der Umgebung der Gefäße, von diesen ausstrahlend. Ostogradzhaja (12) beschreibt drei Fälle von Fibromyomen, welche sich sämtlich in der Nähe des Hilus ovarii entwickelt hatten.

Von anderen Gewebsarten, welche in Fibromen angetroffen worden sind, ist des Schleimgewebes bereits Erwähnung getan.

In den letzten zwei Jahren wurden in der Greifswalder Frauenklinik zwei Fälle von Ovarialfibromen operiert, auf die ich jetzt etwas näher eingehen will.

Fall I.

Frau Helene W., Landwirtsfrau, 38 Jahre, Flieth (Kreis Templin). Aufgenommen 15. X. 08. Entlassen 8. XI. 08.

Diagnose: Fibroma ovarii dextr. c. Arunco Aorta.

Therapie: 19. X. 08. Laparotomie. Ovariotomia dextr.

Krankengeschichte:

Anamnese: Menstruation regelmäßig alle vier Wochen, drei Tage, wenig Blut. Letzte Menstruation vor etwa vier Wochen. Hereditäre Verhältnisse: Mutter lebt, ist bettlägerig wegen Altersschwäche, Vater an unbekannter Ursache gestorben, eine Schwester von sechzehn Jahren an Lungenentzündung gestorben. Frühere Krankheiten: angeblich keine. Jetzige Beschwerden und Hauptbeschwerde: Schmerzen in beiden Unterbauchseiten. Schwellung des Leibes seit einem Jahr.

Untersuchungs-Befund: Ernährungszustand mittelmäßig. Gewicht 61 kg. Blut, Herz, Lungen o. B. Urin goldgelb, klar, sauer.

Gynaecologischer Befund: A. B. Abdomen gleichmäßig aufgetrieben. Es wird bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz in seinem ganzen unteren Abschnitte von einem kugelrunden soliden

Tumor eingenommen. Consistenz prall elastisch. Keine Undulation. Kein Ascites. Keine Druckempfindlichkeit.

B. B. Scheide ziemlich eng. Linkes seitliches und vorderes Scheidengewölbe etwas verkürzt. Portio zapfenförmig, sieht nach rechts. Corpus uteri liegt sinistro-antevertiert, ist nicht vergrößert. Man fühlt von der Scheide aus einen das kleine Becken ausfüllenden, unmittelbar hinter dem Uterus gelegenen, nicht mit ihm in Zusammenhang stehenden, soliden, prall elastischen Tumor. Die Adnexe sind beiderseits nicht zu palpieren.

Operationsbericht: 19. X. 08. Operation: Dauer 24 Minuten. Chloroformverbrauch 22 gr. Operateur: Prof. Henkel. Nahtmaterial: Fascie mit Seidenknopfnähten, sonst Catgut. Zwei Spritzen Ergotin ante operationem. Laparotomieschnitt in der Mittellinie. Das Peritoneum ist mit der Oberfläche des soliden Tumors verwachsen und wird stumpf mit der Hand gelöst, ebenso Lösung der Verwachsungen der Geschwulst in der Tiefe. Nachdem dieselbe isoliert ist, wird sie vorgewälzt. Es fällt sofort eine reichliche Gefäßentwickelung an der Oberfläche der Neubildung auf. Dieselbe hat die Größe einer Kegelkugel, ist von gelblich glänzender Farbe und hat prall elastische Consistenz. Auch jetzt noch spricht das Äußere für ein multilokuläres Cystom. Der Tumor erweist sich als das in denselben umgewandelte rechte Ovarium. Er zeigt bei seinem Abgang Stieldrehung um vier Rechte. Die Stieldrehung ist nach

einwärts erfolgt und durch dieselbe ist die Neubildung fast abgedreht. Aufrollen des Stieles durch Torsionen um vier Rechte. Durchtrennung des Stieles oberhalb der ligmenta.

Das linke Ovarium erweist sich bei der Revision als vollkommen intakt. Schluß der Bauchwunde in Etagen, Peritoneum fortlaufend mit Catgut, vier Muskelknopfnähte (dünnes Catgut); Fascie durch dünne Seidenknopfnähte vereinigt. Fett fortlaufend mit Catgut genäht. Hautklemmen, Heftpflasterverband.

Besonderes im Krankheitsverlauf: afebril. Gewichtszunahme vom Tage der Operation bis zur Entlassung 9 Pfd. Entlassungsbefund: 8. XI. 08. Bauchwunde linear geheilt. Es besteht kein Bruch.

Z. N. Der Uterus liegt sinistro-retrovertiert. Es besteht nirgends eine Druckempfindlichkeit und Resistenz. Patientin fühlt sich vollkommen beschwerdefrei. Mit Leibbinde entlassen. In einem Vierteljahr zur Nachuntersuchung wiederherbestellt.

Beschreibung des Präparates: Makroskopisch: Tumor von der Größe einer Kegelkugel von gelblich glänzender Farbe und prall elastischer Consistenz. Der Durchschnitt ergibt, daß der Tumor stark durchblutet und an verschiedenen Stellen nekrotisch ist. Der Stiel wird gebildet durch das lig. ovar. propr., lig. lat. und die Tube. Die mikroskopische Untersuchung ergibt das Bild eines Ovarialfibroms.

Fall II.

Frau Friederike M., Witwe, Arbeiterfrau, 41 J., Wackerow, Kreis Greifswald. Aufgenommen 17. V. 09. Entlassen 27. VI. 09.

Diagnose: Fibroma ovarii dextr. Ascites. Hernia inguin. sin et dextr.

Theraphie: 19. V. 09. Laparotomie. Ovariotomie dextr. Ablassen des Ascites. 8. VI. 09. Radikaloperation beider Leistenhernien.

Krankengeschichte.

Anamnese: Menstruation regelmäßig früher, jetzt von Weihnachten bis Anfang Mai ausgeblieben. Dauer drei Tage. Letzte Menstruation Anfang Mai; dauerte zwei Tage, wenig Blut. Hereditäre Verhältnisse: Vater an Lungenentzündung gestorben, fünf Schwestern als kleine Kinder gestorben. Mutter und acht Schwestern leben und sind gesund. Frühere Krankheiten: Vor 13 Jahren Blinddarmentzündung, war damals 14 Tage krank, nicht operiert. Vor 6 Jahren Lungenentzündung. Jetzige Beschwerden und Hauptbeschwerde: Seit zehn Tagen Anschwellen des Leibes bemerkt. Schmerzen in der rechten Unterbauchseite. Im Anfang Erbrechen.

Untersuchungsbefund: Ernährungszustand: gut. Gewicht: 64 ko. Blut: Herz, Lungen: o. B. Urin: goldgelb, sauer, etwas trübe.

Gynaecologischer Befund: A. B. Bauch gleichmäßig aufgetrieben und von der Größe einer im 8.

Monate Schwangeren. Dämpfung vom Becken aufwärts, Ascites vorhanden. Man fühlt einen Tumor; deutliches Ballottement.

B. B. Aus der klaffenden Scheide wölbt sich der hintere und vordere Vaginalrand vor, aber überragt die Circumferenz des Scheideneingangs nicht. Portio vergrößert, steht tief, ist abgeplattet und zeigt alte Risse. Konsistenz ist derb. Scheidengewölbe ist vorgedrängt, so daß es sich beim ersten Austasten als obliteriert anfühlt. Bei der Palpation kann man deutlich konstatieren, daß Flüssigkeit im Bauche ist. Vom Becken aus fühlt man das Corpus uteri deutlich; es liegt frei, ist beweglich, etwas nach links gedrängt, anteflektiert, von derber Konsistenz. Linke Adnexe frei. Von den rechten Adnexen ausgehend und das ganze Becken ausfüllend fühlt man einen Tumor; die oberste Grenze desselben ist nicht zu fühlen. Der Tumor, von den Bauchdecken aus palpiert, ist derb, hat Kindskopfgröße, ist mobil und zeigt lappigen Bau; wenig Schmerzempfindlichkeit. Rechte Tube und lig. latum lassen sich abtasten. Beiderseits ist eine Hernie im Inguinalkanal zu konstatieren.

Operationsbericht: 19. V. 09. Laparotomieschnitt in der Mittellinie 2 Querfinger oberhalb der Symphyse bis zum Nabel. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle fließt reichlicher klarseröser, unter ziemlich hohem Druck stehender Ascites ab. Nach Ablassen desselben wird durch die Bauchwunde der vom rechten Ovarium ausgehende mannskopfgroße,

solide, gleichmäßig feste Tumor entwickelt, derselbe ist gestielt, sein Stiel ist um 1 1/2 Rechte nach einwärts gedreht. Abbinden und Abtragen des Tumors am Stiel und Austupfen des restierenden Ascites. Schluß der Bauchwunde in Etagen wie folgt: Peritoneum, Fascie und Fett fortlaufend mit Catgut, 2 Catgutknopfnähte für die Recti, für die Haut Michel'sche Klemmen. Heftpflasterverband, Sandsack; derselbe wird durch breite Gazebinden fixiert. Dauer 16 Minuten. Chloroformverbrauch 8 gr. Äther 48 gr.

8. VI. 09. ca 5 cm langer Schnitt parallel zum Poupart'schen Bande jederseits zur Freilegung des Leistenkanals, Isolieren des Bruchsackes jederseits, der nirgends adhärent ist, auf der linken Seite aber größer als auf der rechten. Operation nach Bassini, Fasciennaht jederseits durch Silkwormknopfnähte mit gleichzeitiger Befestigung der Fascie am lig. gimbernati. Fettnaht fortlaufend mit Catgut, für die Haut Michel'sche Klemmen, Heftpflasterverband, Sandsack.

Besonderes im Krankheitsverlauf: Vollkommen fieberfreier Verlauf, am 27. V. 09 Zwicken der Laparotomiewunde entfernt, dieselbe ist linear verheilt, am 28. V. 09 stand Pat. zum ersten Mal auf. Am 14. VI. Hautzwicken der zwecks Leistenoperation gesetzten Wunde entfernt, auch diese ist linear verheilt. Pat. verläßt am 12. Tage nach der 2. Operation das Bett und wurde am 27. VI. geheilt entlassen.

Entlassungsbefund: 27. VI. 09. Überall im Bereich der Bauchwunde exakter Fascienschluß, nir-

gends Andeutung von Hernienbildung, der Uterus reichlich beweglich, befindet sich in Strecklage, nirgends Exsudatbildung oder Druckempfindlichkeit im kleinen Becken. Pat. fühlt sich beschwerdefrei, mit Bandage entlassen.

Beschreibung des Präparates: Der Tumor besitzt Mannskopfgröße, ist solid und gleichmäßig fest und gestielt. Das Gewebe ist sehr derb, leicht höckerig. Auf dem Schnitt zeigt der Tumor das Bild eines typischen Ovarialfibroms.

Ich will nun im folgenden noch einige z. T. ähnliche Fälle von Ovarialfibromen aufführen, die in der Literatur der letzten fünf Jahre verzeichnet sind. Beginnen will ich mit fünf Fällen aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig (13).

Fall I.

Fr. Ber., 26 Jahre alt. Klinische Notiz: Menstruation ohne Besonderheiten. Zwei Entbindungen o. Kompl., 1 Abort Okt. 1898. Seit vier Monaten Anschwellungen des Leibes und eine Geschwulst bemerkt. Freier Ascites nachweisbar, straußeneigroßer beweglicher Tumor, von welchem sich der Uterus gut abgrenzen läßt. Rechtes Ovarium unvergrößert zu tasten.

Klinische Diagnose: Linksseitiger solider Ovarialtumor. Ascites.

Operation: 31. 8. 1898. Mehrere Liter Ascites. Tumor entspricht dem linken Ovarium, wird ab-

getragen. Rechtes Ovarium nicht vergrößert, bleibt zurück. Fieberfreier Verlauf.

Im Juni 1902 (2 J. 10 Mon. p. op.) teilte mir Pat. auf meine Anfrage mit, daß sie mit ihrem Befinden sehr zufrieden und im Jahre nach der Operation von einem gesunden Kinde entbunden worden sei.

Präparat: Der Tumor ist länglich rund und mißt 12: 10: 9 cm. An der Oberfläche mehrere mäßig stark vorspringende kirsch- bis walnußgroße Höcker. Die Oberfläche ist glatt, spiegelnd.

Auf dem Durchschnitt ist eine deutliche Kapsel nicht zu erkennen. Das Gewebe ist sehr derb, wenig feucht, von faseriger Anordnung. Am medialen Pol ein schon makroskopisch als solcher erkennbarer Ovarialrest, so daß also die Geschwulst im wesentlichen dem lateralen Teil des Ovariums angehört. Der Stiel wird durch das Lig. ov. propr. lig. lat. und das untere Tubenende gebildet.

Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus fibrillärem, in verschieden starken, sich vielfach durchflechtenden Bündeln angeordnetem Bindegewebe. Der Kernreichtum ist als ein mäßiger zu bezeichnen, desgleichen die Vascularisation eine wenig reichliche; einzelne Partien sind etwas kernreicher und auch stärker vascularisiert. Die Zellen zeigen vorwiegend eine kurzspindelige Form mit ovalem Kern. Ein Oberflächenepithel war nicht nachzuweisen. In dem Ovarialrest sind ziemlich viele Primärfollikel, ferner Graaf'sche Follikel in verschiedenen Stadien, eine

Anzahl Corpora fibrosa sowie zwei cystisch degenerierte Follikel von Erbsengröße zu finden. Außerdem bestehen deutliche oophoritische Erscheinungen. Der Übergang in den Tumor ist ein ganz allmähliger.

Fall II.

Fr. Li., 63 Jahre alt.

Klinische Notiz: Menstruation ohne Besonderheiten, seit 20 Jahren Menopause. Seit 2 Jahren Auftreibung des Leibes und Urinbeschwerden. Freier Ascites nachweisbar. Über kindskopfgroßer, höckeriger, gut beweglicher Tumor, von welchen sich der Uterus gut abgrenzen läßt.

Klinische Diagnose: Fibroma ovarii. Ascites.

Operation: 3. III. 1900. 1—2 Liter Ascites. Tumor entspricht dem linken Ovarium, wird entfernt, rechtes Ovarium unverändert, bleibt zurück.

Reaktionsloser Verlauf. Laut brieflicher Mitteilung im Juni 1902 und April 1904 ist das Befinden bis jetzt immer ein gutes gewesen, eine erneute Zunahme des Leibesumfanges ist nicht bemerkt worden.

Präparat: Der Tumor wog frisch 800 gr., seine Gestalt ist annähernd kugelförmig, mit leicht höckeriger Oberfläche. Der Stiel ist kurz, wird vom lig. lat. ovar. propr. und dem uterinen Tubenende gebildet. Der Tumor ist von verschieden derber Consistenz und zeigt auf dem Schnitte weißglänzende Faserzüge. Ein Ovarialrest ist nicht nachweisbar.

Mikroskopisch besteht das Bild eines ziemlich zellarmen Fibroms mit sklerotischen, fast kern- und gefäßlosen Partien. An vielen Stellen finden sich stark varicös didatierte Lymphgefäße. Ovarialbestandteile sind nicht aufzufinden.

Fall III.

Frau Kn., 63 Jahre alt.

Klinische Notiz: Seit 11 Jahren Menopause. Seit 2—3 Monaten Schmerzen im Leibe. Vergrößerung desselben, Urinbeschwerden. Reichlich freier Ascites. Bis fast zum Rippenbogen reichender, beweglicher harter Tumor; Uterus gut abgrenzbar.

Klinische Diagnose: Fibroma ovarii sin. Ascites.

Operation: 28. I. 1901. Ascites in großer Menge. Der Tumor entspricht dem linken Ovarium; sein Stiel ist 3 mal in atypischer Weise um 180 Grad gedreht; Exstirpation. Rechtes Ovarium atrophisch, wird mit exstirpiert. Rekonvaleszenz durch starke Bronchitis kompliziert. Geheilt entlassen.

Das Befinden ist laut brieflicher Nachricht (Juni 1902 und April 1904) seit der Operation ein sehr gutes gewesen.

Präparat: Der Tumor wiegt frisch 3200 gr. und mißt 20 : 15 : 12 cm. Seine Form ist länglich oval. Die Oberfläche ist glatt, zeigt wenige flache Höcker, der Stiel ist ziemlich breit, wird von lig. lat., lig. ov. propr. und der Tube gebildet. Auf dem Schnitt zeigt der Tumor das typische Bild eines etwas ödematösen

Fibroms. Beim Stehen tritt aus der Schnittfläche reichlich seröse Flüssigkeit aus. Das rechte Ovarium ist nicht mehr vorhanden.

Mikroskopisch ähnelt der Tumor sehr dem Fall I, ist nur etwas kernreicher als derselbe. Die Fibrillen sind vielfach durch geronnene Ödemflüssigkeit auseinander gedrängt. Außer vereinzelten corpora fibrosa sind keine spezifischen Ovarialbestandteile nachzuweisen. Das Oberflächenepithel ist nirgends erhalten.

Fall IV.

Frau Na., 65 Jahre alt.

Klinische Notiz: Seit 16 Jahren Menopause. 6 Entbindungen o. K., 3 Aborte. Kein Ascites nachweisbar. Über kindskopfgroßer, beweglicher, vom Uterus gut abgrenzbarer Tumor.

Klinische Diagnose: Solider Ovarialtumor.

Operation: 2. III. 1902. ½—1 Liter Ascites. Tumor entspricht dem rechten Ovarium, wird abgetragen, desgleichen die im übrigen normalen linksseitigen Adnexe. Ungestörte Rekonvaleszenz.

Nach 3 Monaten am 28. V. 1902 nachuntersucht. Es sind keine Tumoren oder Ascites nachweisbar. Mai 1904 laut brieflicher Mitteilung sehr gutes Befinden.

Präparat: Der Tumor gleicht in seiner Form einem sehr großen Ovarium und hat reichlich Kindskopfgröße. Die Oberfläche ist glatt, die Konsistenz sehr derb. Auf dem Durschschnitt deutlich fibrilläre

Struktur. Der Stiel wird vom lig. lat., lig. ov. propr. und der stark an den Tumor herangezogenen Tube gebildet. Er ist lang ausgezogen und 5 mal um 180 Grad in der Richtung nach vorn gedreht. Das linke Ovarium ist nicht mehr vorhanden.

Mikroskopisch hat man das Bild eines kernarmen, ödematösen Fibroms mit vorwiegend kurzspindeligen Zellen. Nahe an der Oberfläche in der Stielgegend mehrere langgestreckte Schlauche mit flimmerndem Cylinderepithel.

Fall V.

Frau Ile., 29 Jahre alt.

Anamnese: Mit 18 Jahren zuerst menstruiert, Menses immer regelmäßig; letzte Menses 18. XI. 1901. Pat. hat nie geboren oder abortiert. Seit Weihnachten 1901 bestehen Schmerzen in der linken Seite, welche mehrfach anfallsweise auftreten; letztes Mal 18. II. 1902. Seitdem bestehen Schmerzen ununterbrochen.

Status: Leib ziemlich stark aufgetrieben, größter Umfang 79 cm. In der Mittellinie und nach rechts ein ziemlich weicher, bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichender, nach links ein zweiter, vom ersten nicht genau abgrenzbarer Tumor zu fühlen, welcher steinharte Partien aufweist. Linea alba mäßig pigmentiert, kindliche Herztöne nicht zu hören. In den Mammae reichlich Colostrum. Scheidenschleimhaut livide verfärbt und aufgelockert. Uterus nicht deutlich von den erwähnten Tumoren abgegrenzt. Adnexe nicht zu fühlen.

Klinische Diagnose: Graviditas mens V Tumor ovarii resp. Lithopädion.

Operation am 27. II. 1902. Kein Ascites. Der linksseitige überkindskopfgroße Tumor ist der im 5. Monate gravide Uterus. Das rechte Ovarium ist von normaler Beschaffenheit: Abtragung des Ovarialtumors. Am 18. III. geheilt entlassen.

Nachuntersuchung Mitte Mai 1902. Bauchnarbe fest, stark pigmentiert. Fundus uteri reicht drei Querfinger über den Nabel, kindliche Herztöne deutlich links von der Mittellinie hörbar. Laut brieflicher Mitteilung (16. X. 1902) hat Pat. Anfang September spontan geboren und befindet sich vollkommen wohl.

Präparat: Der Tumor ist von unregelmäßig kugeliger Gestalt, die Oberfläche im allgemeinen glatt. Der Stiel wird gebildet durch das lig. lat., lig. ov. propr. und die Tube. Entsprechend dem lig. ov. propr. ein deutlich erkennbarer Ovarialrest, welcher ein etwa bohnengroßes frisches Corpus luteum enthält, allmählich in den Tumor übergeht, so daß derselbe vom lateralen Pol des Ovariums seinen Ursprung genommen haben muß. Der mediale Teil des Tumors ist vollkommen solide. Die Oberfläche zeigt hier zahlreiche warzenartige rötliche Hervorragungen. Die Konsistenz dieser Partie ist außerordentlich hart. Dieser Abschnitt des Tumors ist zum größten Teil verkalkt und nur streckenweise mit dem Messer schneidbar. Der laterale Teil der Geschwulst wird durch eine 10 : 13 : 9 cm große Cyste eingenommen,

welche von klarer, seröser mit gelblichen fibrinösen Membranen untermischter Flüssigkeit erfüllt ist. Die Wand der Cyste ist an den meisten Stellen nur 1 bis 2 mm dick, an dem der soliden Partie der Geschwulst zugekehrten Teil verdickt sie sich stellenweise bis auf etwa 1 cm. Die Begrenzung der Höhle nach dem medialen Teile zu wird von den soliden Partien der Geschwulst selbst gebildet. Die Innenfläche der Cystenwand ist zum größten Teil von fibrinösen, teilweise verkalkten Belägen bedeckt, welche bis zu 5 mm dick und mit der Wand innig verbunden sind. Einzelne Stellen der Innenfläche sind frei von solchen fibrinösen Belägen und zeigen eine spiegelnde glatte Beschaffenheit.

Mikroskopisch zeigen die soliden Teile des Tumors nach Entkalkung des Bild eines kernarmen, wenig gefäßreichen Fibroms. Nur die rötlichen, warzenartig an der Oberfläche hervorragenden Partien sind durch größeren Kernreichtum ausgezeichnet. Hier finden sich auch zahlreiche ektatische Lymphgefäße. Diese Teile sind im allgemeinen auch frei von Verkalkung.

An vielen Stellen sind die Fibrillen des Bindegewebes durch Ödemflüssigkeit stark auseinander gedrängt und finden sich öfters kleinere Zerfallshöhlen.

Die schon makroskopisch deutlich sichtbaren Kalkeinlagerungen finden sich in den soliden Partien in verschiedener Mächtigkeit in Form unregelmäßig zackiger, manchmal drüsiger streifiger Gebilde in das Bindegewebe eingesprengt, eine konzentrische Schich-

tung fehlt. An vielen Stellen sind die Kalkkonkremente teilweise von einer Membran eingehüllt, in welche zahllose kleine runde Kerne eingelagert sind. An vielen Stellen finden sich an der Peripherie des Konkrementes platte, vielkernige Riesenzellen, welche dem Konkrement mehr oder minder innig anliegen. Es handelt sich hier zweifellos um sogen. Fremdkörperriesenzellen.

Die Cystenwand wird durch ein beinahe kern- und gefäßloses fibrilläres Bindegewebe gebildet; in den inneren Schichten ist das Gewebe zum größten Teile nekrotisch, zeigt vielfach Kalkeinlagerungen. Im Ovarialrest findet sich ein gut bohnengroßes frisches typisches Corpus luteum, Graaf'sche Follikel, zahlreiche Primärfollikel, sowie Corpora fibrosa. Die Grenze gegen das Neoplasma ist keine scharfe.

Über diese 5 Fälle äußert sich genannter Verfasser folgendermaßen:

Hinsichtlich des klinischen Verhaltens zeigen unsere Fälle, so weit aus der kleinen Zahl der Beobachtungen Schlüsse statthaft sind, daß das Auftreten der Ovarialfibrome nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden ist und daß der Ascites zu den regelmäßigen Begleiterscheinungen dieser Geschwülste gehört. Derselbe fehlte allerdings in einem Falle bei gleichzeitig bestehender Gravidität und erscheint es nicht ausgeschlossen, daß die durch die Gravidität bedingten Circulationsverhältnisse der Beckenorgane einen hemmenden Einfluß auf die Ascitesbildung

gehabt haben. Unsere Kranken wurden, so viel sich dies bei der teilweise noch kurzen Beobachtungszeit sagen läßt, durch die Operation alle dauernd geheilt.

Die vorstehend beschriebenen Fälle gehören sämtlich der Gruppe der diffusen Eierstockfibrome an.

In zwei Fällen (I und V) konnte als Ausgangspunkt der laterale Teil des Ovariums nachgewiesen werden, ein Befund, welcher schon seinerzeit von Virchow erhoben wurde. In diesen Fällen zeigte sich das Stroma des erhaltenen Ovarialrestes in ähnlicher Weise wie bei der chronischen Oophoritis verändert und ging ganz allmählich in das Geschwulstgewebe über. Daneben bestand jedoch in diesen Fällen, wie die erhaltenen Primär- und Graaf'schen Follikel, sowie die Corpora lutea zeigten, noch funktionsfähiges Ovarialgewebe.

Besonderes anatomisches Interesse bietet die 5. Beobachtung dar durch das Vorkommen der Fremdkörperriesenzellen um die Verkalkungskonkremente.

Gelegentlich der Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin (Sitzung vom 12. I. 1906) demonstrierte Herr W. Nagel einen durch Laparotomie gewonnenen soliden Ovarialtumor, welcher im frischen Zustande 33½ Pfd. wog. Derselbe stammte von einer 55jährigen Dame, die, wie nicht anders zu erwarten, in sehr leidendem unbeholfenen Zustande sich befand. Es bestand freier Ascites in beträchtlicher Menge; die Bauchdecken waren ödematös verdickt und zeigten ein Aussehen

wie bei Elephantiasis. Der Umfang des Leibes betrug infolgedessen 145 cm. Nachdem die Bauchhöhle mittels eines etwa 35 cm langen Schnittes in der Mittellinie eröffnet worden war, lag der Tumor frei zu Tage, worauf die Hervorwälzung desselben begann. Cystische Hohlräume fanden sich nirgends vor; die an verschiedenen Stellen ausgeführte Probepunktion ergab, daß die Geschwulst aus festem Gewebe bestand. An vielen Stellen befanden sich mehr oder weniger ausgedehnte Verwachsungen mit dem Netz, die der Reihe nach unterbunden wurden; hiernach wurde der Tumor unverkleinert durch die Bauchwunde hervorgewälzt und somit der Stiel zugängig. Derselbe wurde gebildet durch das entfaltete rechte breite Mutterband. Das Ovarium war nirgends zu finden, so daß die Geschwulst aus dem rechten Ovarium hervorgegangen war. Die Unterbindung des Stiels geschah in üblicher Weise, so daß die Exstirpation technisch verhältnismäßig einfach war. Das andere Ovarium erwies sich als vollkommen gesund und wurde zurückgelassen. Der Verlauf war günstig; am ersten Tage abends zeigte die Temperatur eine Erhöhung bis auf 39°; am nächsten Morgen war sie jedoch normal und blieb so. Die Wunde heilte per primam und am 20. Tage konnte die Kranke geheilt entlassen werden; Die anatomisch mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein lamphreiches Fibrom handelte. W. Graham (Chicago) berichtet über folgenden Fall: 38 jährige unverheiratete Frau, in den letzten 2 Jahren krank

und elend, ebenso lange Menostase. Vor ca. 1 Jahr Tumor im Becken bemerkt, allmählich gewachsen. Jetzt großer, harter, etwas beweglicher Tumor im unteren Teile des Abdomens mit beträchtlichem Ascites. Cervix und Uterus cavum normal.

Operation: Ausfluß großer Mengen heller Ascites-Flüssigkeit; runder, mannskopfgroßer Tumor. Junge und ausgedehnte Verwachsungen mit der Flexur, dem Beckenrand und der linken Fossa iliaca. Der Tumor hing zusammen mit dem Lig. latum und der Tube und wurde an diesen Teilen abgebunden. Bei Lösung der Adhäsionen vom S. Romanum wurde der Darm verletzt und es trat etwas Kot aus. Das Mesosigmoid schien verloren oder in den Tumor aufgegangen zu sein. Das linke Ovarium war hart und atrophisch, der Uterus von normaler Gestalt, beweglich und ohne Beziehung zu dem Tumor. Zwei oder drei kleine Fibroide an der Hinterfläche des Uterus. Drainage. Exitus letalis fünf Tage p. op. Fibrinös purulante Peritonitis. Mikroskopische Untersuchung des Tumors: echtes Fibrom, keine Spuren des Ovarialgewebes.

D. v. Szabo (Klausenburg) berichtet über einen seltenen Fall von Fibrom, der aber nicht mit Sicherheit als Ovarialfibrom festgestellt werden konnte. Trotzdem will ich ihn hier der Vollständigkeit halber mit anführen.

60jährige V. para, seit 17 Jahren Menopause. In ihrem 53. Lebensjahre, also 1896, suchte Pat. die

Universitäts-Frauenklinik zu Klausenburg wegen ihres Flusses auf. Damals wurde bei der Frau ein auf der hinteren Muttermundslippe und die Scheide lokalisiertes Carcinom constatiert und infolgedessen die Totalexstirpation vorgenommen. Bei der Operation mußte der hinten fixierte Uterus aus einer an der hinteren Wand des Douglas haftenden, fast faustgroßen, weißen, fast markartigen Masse ausgeschält werden. Diese Masse konnte nicht vollständig entfernt werden, so daß Teile davon im Douglas zurückgelassen werden mußten. Drainage. Am 13. und 19. Tage nach der Operation konnten durch die Öffnung des Scheidengewölbes größere Stücke des oben beschriebenen Gebildes entfernt werden, dann schließt sich die Öffnung. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Carcinoma glandulae retroperiton., und in einem anderen Präparate wurden vollständig nekrotisierte, vorwiegend bindegewebige Fasern und Hämatoidinkristalle gefunden (abgeschnürtes Fibrom). Pat. wurde nach einem Monat nicht mit den besten Aussichten entlassen.

Nach sieben Jahren kommt die Frau wieder in die Klinik und gibt an, seit acht Monaten einen Unterleibstumor zu fühlen. Der Tumor reicht bis zur Nabelhöhe, scheint aus mehreren kleineren Teilen zusammengesetzt zu sein, ist von harter Konsistenz und wenig beweglich. Trotzdem kein Ascites und keine Kachexie vorhanden waren und die Operationsnarbe recidivfrei befunden wurde, — in Anbetracht

des oben beschriebenen Befundes vor sieben Jahren — die Diagnose auf eine maligne Geschwulst gestellt.

Laparotomie: Die Geschwulst ist mit dem lig. lat. und dem Rectum stark verwachsen. Lösung der Adhäsionen, Entfernung. Keine Spur eines Stieles. Ausgangspunkt kann nicht ermittelt werden. Außerdem werden zwei kleinere, in dem linken lig. lat und im Douglas befindliche, gleichartige Tumoren entfernt.

Als Ursprung des Tumors müssen die bei der Totalexstirpation zurückgelassenen Fibromteile angesehen werden. Zwar spricht der mikroskopische Befund von abgestorbenen Geweben, wahrscheinlich waren jedoch auch lebensfähige Fasern vorhanden. Der Tumor wiegt 3400 gr und ist entweder als ein abgeschnürtes, subseröses Uterusfibrom, oder als Ovarialfibrom aufzufassen.

Auf der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäcologie zu Berlin (Sitzung 23. XI. 1906) demonstrierte Herr P. Strassmann einen versteinerten Ovarialtumor. Er stammt von einer III. para, die zweimal gut geboren hatte. In der letzten Schwangerschaft geringe Beschwerden, die mangels anderen Befundes als Schwangerschaftsbeschwerden gedeutet wurden. S. wurde gerufen, als die Kreißende mit stürmischen Wehen vor einer Uterusruptur stand. Kopf mit kleinem Segment in Vorderhauptslage im Beckeneingang. Im Becken eine steinharte, von der Scheide unbewegliche Geschwulst, die für eine Exos-

tose zu halten war. Zangenversuch vergeblich. Da die so schnelle Entwicklung eines Knochentumors unwahrscheinlich war, so wurde noch einmal vom Rectum geprüft und hier der Tumor vom Kreuzbein abgegrenzt, nach Abdrängen vom Becken beweglich gemacht und hochgeschoben. Nunmehr leichte Zange, lebendes Mädchen von 4000 gr. Tiefe Impresion des linken Scheitelbeines durch den Tumor, die noch nicht ausgeglichen ist, obschon 3/4 Jahre vergangen sind. Untersuchung nach der Geburt bestätigte die ovarielle Natur des Tumors. S. ließ daher die Pat. erst 3/4 Jahre nähren und beobachtete, daß der Tumor nicht wuchs; dagegen trat im September Ischias rechts auf; daher vaginale Ovariotomie ohne Schwierigkeiten. Am Tumor ein frisches Corpus luteum, sonst nur wenig Parenchyn. Die Geschwulst mußte mit einer starken Säge durchsägt werden und sieht eher wie ein großer Gallen- oder Blasenstein aus.

Die histologische Untersuchung des entkalkten Tumors ergab ein Fibrom mit wenigen drüsigen Einschlüssen.

T. Soli (Turin) teilt folgenden Fall mit:

45. jährige Frau, die sechs normale Schwangerschaften durchgemacht und außerdem eine Malariainfektion überstanden hatte; ihr jetziges Leiden begann im Anschluß an eine körperliche Überanstrengung mit Leib- und Kreuzschmerzen, Verstärkung der Menses und einem Gefühl des „Vorfallens“ in den Genitalien. Die objektive Untersuchung zeigte folgendes: hühnerei-

große Geschwulst im hinteren Douglas'schen Raume, mit dem Uterus in Verbindung stehend und anscheinend den rechten Adnexen angehörend, beträchtlicher Ascites, Recto- und Cystocele; Uterus vergrößert, Erosionen und Hypertrophie des Halses. Die hiernach gestellte Diagnose lautete: Metritis und Endometritis, Tumor des rechten Ovariums, Ascites (wahrscheinlich Tuberculosis Peritonei). Die weiteren Symptome (Husten, Auswurf, Nachtschweiße usw.) vermehrten den Verdacht auf Tuberkulose, obwohl im Sputum keine Bazillen gefunden wurden. Bei der Operation (Laparotomie) fand sich nun in der Tat neben dem richtig diagnosticierten und mit dem Uterus stielförmig verbundenen Ovarialtumor eine ausgedehnte Tuberceleruption auf beiden Blättern des Peritoneums. Das Exsudat wurde abgelassen, der Tumor exstirpiert und die Kranke genas; jedoch war der Ascites nach Verlauf von drei Monaten wiedergekehrt. Die entfernte Geschwulst war 6,5 cm lang und 4,5 cm breit, von elastischer Consistenz; die histologische Untersuchung ergab als wesentlichsten Bestandteil des Tumors ein fibrilläres Bindegewebe mit spärlichen Kernen, dazwischen vereinzelte glatte Muskelfasern und sehr reichliche Gefäße. Irgend welche Reste von ovariellem Epithel oder von Corpus luteum sind nicht zu finden. Der beschriebene Tumor ist demnach mit Recht in die Kategorie der verhältnismäßig selteneren Fibrome des Ovariums einzureihen.

Zum Schluß noch ein Fall von Fibroma ovarii, der von Dr. Karl Rindfleisch, Frauenarzt in Gera mitgeteilt wird. Er schreibt:

Am 2. Oktober 1905 wurde mir von Dr. Franke-Gera eine Pat. wegen abdominalen Tumors zur Operation überwiesen.

Pat. 52 Jahre alt, mittelgroß, von blasser Gesichtsfarbe, hat 7 mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren. Vor 2 Jahren Cessatio mensium ohne Komplikationen. Danach beträchtlicher Fettansatz. Seit Herbst 1904 Beginn der Beschwerden. Zuerst fühlte Pat. im Unterleib links eine harte Geschwulst von der Größe einer Billardkugel, die sehr beweglich war und wenig Schmerzen verursachte. Allmählich nahm der Leib an Umfang zu, auch die Beine schwollen beträchtlich an. Die Haut der Füße und Unterschenkel entzündete sich. Nun wurde Dr. Franke konsultiert, der zunächst Theocin verordnete. Als darauf absolut keine Besserung erfolgte, und er neben freiem Ascites einen Tumor im Abdomen konstatierte, überwies er die Pat. einer Privatklinik.

In der Untersuchung fällt zunächst der enorme Umfang des Leibes auf. Er betrug über dem Nabel gemessen 176 cm, handbreit über dem Nabel 96 cm. Auch die Beine waren kolossal angeschwollen. Die Oberschenkel (in der Mitte gemessen) hatten einen Umfang von 65 cm Pat. mußte die meiste Zeit auf einem Stuhle sitzend zubringen. Gehen, Stehen, Liegen war nahezu unmöglich.

Bei der Percussion des Leibes findet sich gedämpfter Schall über dem ganzen Leibe bis auf einen schmalen Streifen von 2 Finger Breite mit hellem Schall, und zwar bei Rückenlage in der Magengegend, bei Seitenlage in dem oberen Teile des Leibes. Bei der Betastung des Leibes, aber nur bei kräftigem Eindrücken stößt man auf eine Resistenz in der linken Unterbauchgegend. Die bimanuelle Untersuchung ergibt wegen der enormen Spannung der Bauchdecken über Form, Größe und Ursprung dieser Resistenz keinen sicheren Aufschluß. Uterus nicht vergrößert, anteflektiert; Herz, Leber, Nieren gesund.

Operation den 4. November 1905. Schnitt in der Mittellinie durch die fetten ödematösen Bauchdecken bis aufs Peritoneum. Dasselbe wird in der Ausdehnung von einigen Millimetern eröffnet und langsam der Ascites abgelassen. Es werden 25 Liter einer klaren, bräunlich gefärbten Flüssigkeit entleert. Nun Übergang in Beckenhochlagerung, die bei Beginn der Narkose wegen der riesigen Ausdehnung des Leibes und Beschränkung der Atmung nicht möglich war. Erweiterung des Einschnittes im Peritoneum, Eingehen mit der Hand, die sofort auf einen mannskopfgroßen, derben, höckerigen Tumor stößt, der von den linken, Adnexen ausgeht und gut gestielt, sich leicht vor die Bauchdecken bringen läßt. Der Tumor wird abgeschnitten über einer Klemme, die den Stiel (Mesovarium) komprimiert, dann der Stiel ligiert und versenkt. Schluß der Bauchwunde mit Etagennaht.

In der Rekonvalescenz trat nach rapidem Abschwellen der Beine eine Venenentzündung am rechten Oberschenkel auf, die eine geringe Temperatursteigerung bis 38,5° am 8. Tage p. op. zur Folge hatte, aber bald abheilte. 5 Wochen p. op. verließ Pat. das Bett und wurde am 11. November geheilt entlassen.

Herr Professor Kochel in Leipzig hatte die Freundlichkeit, das Präparat zu untersuchen und mir folgenden Bericht zugehen zu lassen:

Am 7. Oktober wurde mir durch Herrn Dr. Rindfleisch, Gera, eine frisch exstirpierte Geschwust des linken Ovariums zugesandt. Die Geschwulst besitzt ein Gewicht von 1165 g, ist 22 cm lang, bis 14,5 cm breit und 5—9 cm mächtig. Ihre Oberfläche spiegelt, ist von weißer bis bläulich weißer, stellenweise sehr gelblich weißer Farbe, und nicht völlig glatt, sondern eine Wenigkeit lappig und flach höckerig, indem zahlreiche seichte Furchen, die ein weitmaschiges Netzwerk bilden, rundliche, aber nur flache Prominenzen gegen einander abgrenzen.

Der Tumor ist von äußerst derber Konsistenz und läßt sich nur mit einem gewissen Kraftaufwand durchschneiden. Die Schnittfläche ist relativ trocken, von im allgemeinen weißlicher Farbe. Beim näheren Zusehen erkennt man, daß das durchtrennte Gewebe sich zusammensetzt aus zwei verschiedenen Komponenten. Die eine stellt ein weißliches, sehnig glänzendes Netzwerk dar, das bald sehr weitmaschig bald sehr dicht verfilzt ist, und in dessen Hohl-

räumen sich — als die zweite Komponente — blaßgelbliche, mehr rundliche Inseln und Züge finden, die nicht selten über der Schnittfläche stark prominieren.

Mikroskopisch sind ausgedehnte Züge und Inseln vorhanden, die aus äußerst kern- und gefäßarmen hyalin gequollenem Bindegewebe bestehen. Zwischen diese Bezirke finden sich in unregelmäßiger Weise eingesprengt und ohne scharfe Grenze in sie übergehend, Bündel und Züge ziemlich dichtgedrängter zelliger Elemente mit langem, spindelförmigem, bläschenartigem Kern und wenig deutlichem Protoplasma. Überall ist zwischen diesen Zellen reichlich faserige Zwischensubstanz deutlich erkennbar, bald mehr bald weniger mächtig, je nach der Zahl der vorhandenen Zellen. Auch diese Distrikte sind relativ gefäßarm, doch weit weniger als die ersterwähnten. Es handelt sich nach alledem, da glatte Muskelfasern in irgend nennenswerter Anzahl im Geschwulstgewebe nicht vorhanden sind, um ein reines Fibrom; die zellreicheren Partien sind nicht so geartet, daß die Annahme einer sarkomatösen Neubildung gerechtfertigt wäre.

Was nun die Häufigkeit der Ovarialfibrome anbetrifft, so gehen die Statistiken hierin ziemlich weit auseinander. Löhlein fand unter 172 Ovarialtumoren 7 Fibrome, d. h. 4,07 %. Orthmann findet im Martin'schen Material auf 527 Tumoren 10 Fibrome. Nach der Statistik der letzten zwei Jahre der Greifswalder Frauenklinik entfallen auf 68 Ovarialtumoren 2 Fibrome, d. h. 2,94 %. Was ihre Größe anbetrifft,

so schwanken die Fibrome zwischen der Größe einer Nuß und eines Mannskopfes und auch noch mehr, ihr Gewicht steigt bis zu 30 Ko und noch mehr.

Was ihre Form anbetrifft, so ist es charakteristisch, daß sie fast stets die Form des normalen Ovariums beibehalten, auch wenn sie sehr groß sind.

Ihre äußere Oberfläche ist gewöhnlich glatt, kann aber auch mehr oder weniger höckerig sein.

Die Fibrome sind im allgemeinen gestielt und ihr Stiel unterscheidet sich durchaus von dem der cystischen Tumoren. Es können auch Fibrome ohne Stiel vorkommen.

Was ihre Consistenz anbetrifft, so sind sie gewöhnlich sehr hart und knirschend beim Schneiden. Wenn sie Kalkablagerungen enthalten, sind sie steinhart, werden dagegen weicher, wenn sie mit vielen Gefäßen versehen sind und wenn ihr Stiel eine Drehung erlitten hat. Ihre Farbe ist meist weißlich oder gelblich weiß, wenn sie wie gewöhnlich gefäßarm sind, Tumoren mit großem Gefäßreichtum zeigen oft bräunliche Färbung.

Irgend welche Verbindungen mit der Tube gehen sie nicht ein, dagegen finden sich Adhäsionen mit den übrigen benachbarten Organen. Teilweise sind sie von Ascites begleitet. Ihr Wachstum ist ein langsames.

Über die Entstehung der Fibrome sind die Ansichten noch sehr geteilt. Jedenfalls sind sie als gutartige Geschwülste anzusehen, die ihren Ursprung vom Bindegewebe des Eierstocks nehmen.

Fast immer ist die Erkrankung nur einseitig. Die Lage des Tumors hängt von seiner Größe ab, die sehr verschieden sein kann.

Mikroskopisch bestehen sie nicht nur aus Bindegewebe, sondern sind auch von Muskelfasern durchsetzt. Sie können verschiedene Arten von Degeneration aufweisen, so fettige, myomatöse und sarkomatöse. Außerdem können sie verkalken, verknöchern und vereitern.

Menstruelle Störungen können vollkommen fehlen, sehr oft zeigen sich aber erhebliche Blutungen. Schmerzen können ebenfalls fehlen, aber auch vorhanden sein. Durch Gefäßkompression kann Schwellung an den unteren Extremitäten auftreten. Störungen allgemeiner Natur sind selten. Die Prognose ist als günstig zu bezeichnen. Therapeutisch ist ein abwartendes Verhalten nicht angezeigt, sondern es muß operativ eingegriffen werden, auch wenn der Tumor klein ist und keine Beschwerden macht. Operation geschieht am besten auf dem Wege der Laparotomie. Die bisherigen operativen Erfolge sind glänzend, ein Recidiv ist nie beobachtet worden.

Literatur.

1) Gebhard: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.
2) Über doppelseitige Myome des Eierstocks. Inaug.-Diss. Greifswald 1890.
3) D. med. W. 1894 Vereinsbeilage.
4) Die Erkrankungen des Eierstocks. Veits Handbuch der Gynäcologie. Bd. III.
5) Gesamte Gynäcologie.
6) M. Henkel, Gynäkologische Diagnostik.
7) Path. Anat. d. weibl. Geschl. Wien 1864 p. 341.
8) Lehrbuch Bd. III, p. 423.
9) Die Erkrankungen des Eierstocks. Veits Handbuch der Gynäkolog. Bd. 3.
10) Ein Fall von Fibromyoma ovarii-Centralbl. f. Gyn. 1894 p. 133.
11) Über solide Tumoren des Ovariums. Diss. inaug. München 1888.
12) Zur Frage von den soliden Eierstocksgeschwülsten. Peterrb. Med. Wchschr. 1899.
13) Archiv für Gynäcologie Band 75 Jahrg. 1905 p. 50. Beiträge zur Kenntnis der soliden Ovarialtumoren von Privatdozent Dr. Adolf Glockner.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 57. Bd. 1906 p. 335.

Centralblatt für Gynäkologie. 38. Jahrgang 1904 S. 1325.

Centralblatt für Gynäkologie. 29. Jahrgang 1905 S. 1397.

Centralblatt für Gynäkologie. 1907 No. 7. S. 215.

Centralblatt für Gynäkologie. 31. Jahrg. 1907. S. 550.

Centralblatt für Gynäkologie. 30. Jahrgang 1906. p. 209.

Beitrag zur Kenntnis der gutartigen bindegewebigen Neubildungen des Ovarismus. (Aus der Kgl. Frauenklinik zu Dresden. Direktor Geheimrat Prof. Dr. Leopold), Von Dr. G. L. Basso, Archiv f. Gynäkologie 1904.

Lebenslauf.

Am 20. Januar 1880 wurde ich, Walther Max Heinrich Stuth, als Sohn des Gutsbesitzers Albert Stuth zu Zarrentin bei Loitz, Kreis Grimmen, Vorpommern, geboren. Evangelischer Konfession, besuchte ich das Gymnasium zu Greifswald, welches ich Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um in Würzburg Medizin zu studieren. Ostern 1901 bezog ich die Universität Greifswald, wo ich im Sommersemester 1902 die ärztliche Vorprüfung bestand. Am 29. Juni 1905 beendete ich das medizinische Staatsexamen. Unter Erlaß des halben praktischen Jahres wurde ich am 1. Oktober 1906 approbiert.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Kurse und Vorlesungen folgender Herren und Professoren:

In Würzburg:

Boveri, Frey, Hautz, Röntgen, Stöhr.

In Greifswald:

Bier, Bonnet, Busse, Friedrich, Grawitz, Heugge, Hoffmann, Jung, Klapp, Landois†, Löffler, Martin, Moritz, Müller, Peiper, Ritter, Schirmer, Hugo Schulz, Schütt, Solger, Strübing, Tillmann.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich auch an dieser Stelle meinen Dank aus.